

IDENTITE DU PATIENT	NOM :	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :
	ADRESSE :	

IDENTITE DU DEMANDEUR	<input type="checkbox"/> Vous êtes le patient et demandez votre propre dossier (identité déclinée ci-dessus)	
	<input type="checkbox"/> Vous demandez le dossier médical d'un tiers => déclinez votre identité ci-dessous :	
	NOM :	PRENOM :
	DATE DE NAISSANCE :	TELEPHONE :
	ADRESSE :	
Vous êtes : <input type="checkbox"/> TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE ET DEMANDEZ LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT <input type="checkbox"/> TUTEUR ET DEMANDEZ LE DOSSIER DU PATIENT SOUS TUTELLE <input type="checkbox"/> MANDATAIRE ET DEMANDEZ LE DOSSIER DU PATIENT QUI VOUS A MANDATE <input type="checkbox"/> AYANT DROIT => Pour une personne décédée, le motif de la demande doit être obligatoirement précisé : <input type="checkbox"/> <i>Connaître les causes du décès</i> <input type="checkbox"/> <i>Défendre le mémoire du défunt</i> <input type="checkbox"/> <i>Faire valoir nos droits</i> <i>Votre lien avec le patient :</i>		

SEJOUR CONCERNE PAR LA DEMANDE	Désignation du service		Dates

Motif de la demande (facultatif) :			

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES	<input type="checkbox"/> comptes rendus opératoires	<input type="checkbox"/> comptes rendus de consultation
	<input type="checkbox"/> comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> examens d'imagerie sur CR ROM
	<input type="checkbox"/> autres pièces (précisez lesquelles) :	

MODALITES D'ACCES	<input type="checkbox"/> Consultation sur place (vous pouvez être accompagné d'un tiers)
	<input type="checkbox"/> Envoi des reproductions à votre adresse
	<input type="checkbox"/> Envoi du dossier à un médecin - préciser les coordonnées
*Les frais d'envoi postal avec preuve de dépôt des documents sollicités sont à la charge du demandeur	

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR	SI VOUS DEMANDEZ VOTRE PROPRE DOSSIER MEDICAL :
	➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)
	SI VOUS ETES AYANT DROIT :
	➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)
	➤ Copie de l'acte de décès
	➤ Copie d'un justificatif prouvant votre qualité d'héritier (livret de famille, copie intégrale de l'acte de naissance, acte de notoriété, certificat de vie commune, copie du PACS...)
	SI VOUS ETES TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :
➤ Copie de votre pièce d'identité recto verso (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du livret de famille	
SI VOUS ETES TUTEUR :	
➤ Copies de votre pièce d'identité et celle du patient (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du jugement de tutelle	
SI VOUS ETES MANDATAIRE :	
➤ Copies de votre pièce d'identité et celle du patient (carte d'identité, passeport)	
➤ Copie du mandat spécial	

Le soussigné(e) : atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.
 Pour valoir ce que de droit, demande faite à : le :/...../..... Signature